

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

80

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy JOURDAN

Né le 26 mars 1915, à Saint-Lô (Manche)
Interne à la Maison Maternelle Nationale
de Saint-Maurice (Seine)

De la présentation du siège

Statistiques de la Maison Maternelle Nationale
de Saint-Maurice

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy JOURDAN

Né le 26 mars 1915, à Saint-Lô (Manche)
Interne à la Maison Maternelle Nationale
de Saint-Maurice (Seine)

De la présentation du siège

Statistiques de la Maison Maternelle Nationale
de Saint-Maurice

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAI.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR ALFRED JOURDAN

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIAND

Médecin-chef de la Maison Maternelle Nationale
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il daigne agréer l'expression de notre
vive gratitude et de notre profonde recon-
naissance pour la grande bienveillance
avec laquelle il nous a toujours prodigué
son enseignement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Introduction.

Du fait de sa fréquence puisqu'elle vient au second rang après celle du sommet et du fait surtout des dangers qu'elle fait courir au fœtus la présentation du pôle pelvien a toujours beaucoup préoccupé les accoucheurs.

De nombreuses statistiques ont été faites à son sujet, elles ne concordent pas toujours, de plus elles ont été établies dans de grands services parisiens où étant donné le mode de recrutement de la clientèle, on se trouve plus que partout ailleurs en présence de cas particulièrement difficiles.

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier ici les statistiques recueillies à la Maison Maternelle Nationale, statistiques qui reposent sur les 314 accouchements par le siège qui ont eu lieu dans cet établissement depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 1921.

Historique.

On avait dès la plus haute antiquité lancé un véritable anathème contre les présentations de l'extrémité pelvienne du fœtus : soit superstition simple, soit crainte de quelques dangers réels les anciens redoutaient ces sortes de positions et c'est en grande partie pour cette raison qu'Hippocrate avait posé en principe la nécessité d'amener constamment la tête au passage.

Les Arabes eux aussi avait fait leur cette superstition. Avicenne nous cite les exemples de Néron et d'Agrippa.

Plus tard, c'est à cette particularité que l'on attribua la cruauté du roi Richard d'Angleterre. Enfin, plus près de nous se place l'exemple du roi de Rome.

Toujours est-il que pour la majorité des accoucheurs la présentation du siège n'est pas sensiblement plus défavorable pour la mère que celle du sommet. Le pronostic est loin d'être le même pour le fœtus, aussi l'accouchement par le siège a-t-il toujours été redouté. Dans les relevés de Mme Lachapelle sur 790 accouchements par le pôle pelvien 575 enfants naquirent vivants, 98 faibles, et 101 morts. Les abortifs au

nombre de 16 sont retranchés. En classant parmi les vivants ceux qui sont nés en état de souffrance la proportion des morts est encore de 1 sur 6, 7 ce qui on le voit est extrêmement défavorable : « On ne peut dissimuler que les positions de l'extrémité pelvienne ne soient très fâcheuses pour le fœtus » dit Mme Lachapelle.

Si à l'heure actuelle l'amélioration de la technique obstétricale a beaucoup diminué la mortalité fœtale : « La présentation du siège et plus particulièrement la présentation du siège décomplété primitif et même secondaire comporte, on le sait, un pronostic assez grave pour devoir être considéré comme une dystocie » (Vignes—Physiologie obstétricale normale et pathologique). La même opinion est formulée par le Professeur Pinard dans son Traité du palper abdominal.

Étiologie.

Les présentations du siège tiennent à diverses causes :

1^o *Des causes venant de l'œuf* : hydramnios-insertion du placenta sur le segment inférieur.

2^o *Des causes venant du fœtus* : l'hydrocéphalie, la gémellité : nous avons observé 32 cas de grossesse gémellaire sur 314 présentations du siège soit 1 sur 9,8, proportion appréciable comme on le voit.

3^o *Des causes venant de la mère.*

Outre les fibromes du segment inférieur, les kystes de l'ovaire, les viciations pelviennes et certaines formes particulières d'utérus qui font qu'une femme accouche toujours par le siège, la multiparité entraînant la fatigue de l'utérus est une cause importante de la présentation du pôle pelvien.

Sur 314 accouchements par le siège nous trouvons :

162 chez des primipares,
152 chez des multipares.

Ce n'est là évidemment qu'une contradiction appa-

rente avec les données classiques, les primipares étant de beaucoup les plus nombreuses et la version céphalique étant à l'heure actuelle, de pratique courante chez les multipares où elle est facilement réalisable.

Fréquence des présentations.

La fréquence des présentations du siège diminue à mesure que la grossesse approche du terme.

A terme la tête ayant d'habitude basculé vers la partie inférieure de l'utérus, le pourcentage est devenu plus faible. Ce fait a été bien mis en évidence par les statistiques classiques de Pinard que nous reproduisons ici :

Enfants vivants	Sommet %	Siège %	Tronc %	Présentation non indiquée %
Avortements de 4 à 6 mois.....	43,5	38,4	5,06	13,04
Accouchements de 7 à 8 mois.....	72,76	25	2,24	
Accouchements de 8 à 9 mois.....	86,85	11,32	1,82	

Dans nos statistiques recueillies à la maison Maternelle Nationale, nous trouvons sur 8.000 accouchements environ 314 sièges, dont 250 à terme ou près du terme.

Variétés de position.

La position d'engagement est conditionnée par :

- la saillie de la colonne lombaire,
- la torsion utérine,
- le lieu d'insertion placentaire,
- l'attitude de la mère. Une expérience, rapportée par Pinard dans son traité, montre que ce facteur peut jouer un rôle.

La position gauche est plus fréquente que la droite, ce fait est attribué à la dextrotorsion utérine.

Nous avons trouvé :

119 S I G A dont 35 sièges complets ; 83 décomplétés.

71 S I D P	— 18	—	53	—
------------	------	---	----	---

6 S I G P	— 1	—	5	—
-----------	-----	---	---	---

9 S I D A	— 3	—	6	—
-----------	-----	---	---	---

soit 128 positions gauches et 80 positions droites.

Parmi ces accouchements pour lesquels la position d'engagement est notée, 59 ont eu lieu avant terme, tous à 8 mois ou 8 mois $1/2$, sauf 7 qui ont lieu à 7 mois et 3 à 6 mois.

Parmi les positions non précisées, nous relevons 27 prématurés dont 21 gémellaires.

Nous avons d'autre part remarqué une curiosité : Schatz a soutenu que les variétés antérieures étaient plus fréquentes le soir et les postérieures le matin.

Jusqu'en 1930, où nous avons pu recueillir l'heure exacte de l'accouchement, nous trouvons :

en 1922 :

3 S I G A à 16. h. 50, 15 h., 16 h.

5 S I D P à 7 h. 30, 11 h. 30, 0 h. 30, 2 h. 30, 3 h.

en 1923 :

1 S I D A à 18 h. 10.

5 S I D P à 9 h. 30, 16 h., 15 h. 30, 1 h. 30, 13 h. (grande extraction).

en 1924 :

5 S I G A à 22 h. 30., 15 h., 10 h., 18 h. 30, 20 h. 45.

8 S I D P à 7 h. 45, 23 h. 50, 12 h. 15, 7 h. 30, 16 h., 6 h., 12 h.

en 1925 :

4 S I G A à 12 h. 30, 22 h. 15, 19 h. 30, 6 h.

3 S I D P à 3 h., 8 h., 14 h. 30.

1 S I G P à 12 h. 30.

en 1926 :

15 S I G A à 21 h., 18 h., 11 h., 12 h. 45, 18 h., 16 h., 12 h. 45, 14 h., 14 h. 10, 19 h., 10 h., 12 h., 2 h. 45, 22 h., 9 h.

5 S I D P à 19 h., 3 h., 13 h., 3 h., 3 h. 30.

en 1927 :

6 S I G A à 19 h., 10 h., 13 h., 12 h. 40, 19 h., 19 h.

3 S I D P à 9 h., 2 h., 4 h.

en 1928 :

1 S I D A à 10 h.

2 S I G A à 4 h. et 7 h. 20.

2 S I D P à 4 h. et 11 h.

Nous constatons donc que sur 36 accouchements pour lesquels le fœtus était en position antérieure, 22 ont eu lieu après-midi, alors que, chose étonnante, sur 32 accouchements pour lesquels le fœtus était en position postérieure, 21 ont eu lieu avant midi.

C'est là une coïncidence avec les dires de Schatz qu'il nous a paru curieux de noter.

Durée du travail.

La durée du travail est extrêmement variable, cela provient du fait qu'il est toujours extrêmement difficile d'apprécier l'heure à laquelle il a débuté, d'autant plus que beaucoup de femmes arrivent à la maternité étant déjà en travail.

Le travail est en général assez long, surtout chez la primipare âgée. Souvent chez elle le fœtus est volumineux, les parties molles résistantes, souvent on se trouve en présence d'un utérus fibromateux, soit fibrome prævia où la césarienne s'impose, soit fibrome non prævia, non dystocique mécaniquement, mais dont l'existence est la preuve d'une modification de la fibre utérine qui entraînera une mauvaise contraction et un mauvais travail.

Dans nos statistiques, nous relevons le cas d'une primipare de 40 ans, chez laquelle le travail a duré cent dix-sept heures et dont voici l'observation :

OBSERVATION 114.

M^{me} Marie L..., 40 ans.

La parturiente, primipare, entre à la salle de travail le 6 avril 1923 à 10 heures. Grossesse à terme. Siège décom-

plété mode des fesses en S I D P. Col encore long. Membranes rompues depuis le 5 avril à 10 heures. La parturiente n'a presque pas de douleurs. Les bruits du cœur sont normaux.

7 avril. — Pas de douleurs. Bruits du cœur bons.

8 avril. — Pas de douleurs. Bruits du cœur bons. Siège toujours très élevé.

9 avril. — Quelques douleurs faibles et rares.

10 avril. — Col en voie d'effacement. Siège toujours élevé.

11 avril. — Douleurs plus fréquentes, peu fortes, col effacé, bruits du cœur irréguliers.

12 avril, 1 heure. — Douleurs assez fortes et fréquentes. Siège encore élevé. Dilatation comme une pièce de 5 francs. Les bruits du cœur sont redevenus réguliers et bien frappés. Les douleurs cessent au petit jour. La température s'élève à 38°.

13 avril, 5 heures. — Les bruits du cœur qui ont été bons toute la nuit ne sont plus que difficilement perceptibles.

11 heures. — Pas de douleurs. Devant cette inertie complète, cette longueur du travail (la poche des eaux est rompue depuis 8 jours, la température s'élève à 38°6) on décide de terminer l'accouchement le plus rapidement possible. Le T. V. montre un siège décomplété en S I D P à la partie haute de l'excavation. Dilatation du col comme une pièce de 5 francs. On achève sans trop de peine la dilatation par le procédé de Bonnaire avec lenteur et prudence.

12 heures. — La dilatation est complète. Un lac est placé avec énormément de difficulté autour du pli de l'aine antérieure ; on fait des tractions avec un lac pendant qu'un aide fait de l'expression abdominale. Le siège se dégage avec beaucoup de difficulté, le tronc se dégage plus facilement, les bras relevés sont abaissés sans trop de peine. La tête dernière est en O. S. n'ayant pas suivi le mouvement de rotation du tronc. En faisant exécuter au tronc un mouvement de rotation et en aidant la tête à évoluer à l'aide de

deux doigts appuyant en arrière d'une oreille sa manœuvre est pénible.

13 heures. — Extraction par manœuvre de Mauriceau difficile et longue d'un enfant du sexe féminin mort-né pesant 4.000 grammes.

Cette période d'extraction a duré 1 heure.

La malade dont l'utérus est toujours inerte se met à saigner quelques minutes après l'extraction.

A 13 h. 15, on essaie en vain la délivrance par expression ; l'hémorragie continue.

13 h. 20. — Délivrance artificielle facile. Révision de la cavité utérine. Iodage à la compresse.

On vérifie l'état des parties molles : pas de lésions du col, quelques éraillures du vagin, pas de lésions périnéales. On injecte 10 cc. d'huile camphrée. 500 gr. de sérum glucosé, 200 cc. de sérum antistreptococcique. On met une vessie de glace sur l'abdomen.

Le 14 avril, la température est redevenue normale (36°8-37°2).

Les suites de couches sont normales, non fébriles. On note seulement de l'œdème des grandes lèvres qui disparaît très rapidement par l'application de compresses chaudes, une légère albuminurie qui, en 8 jours, cède au régime lacto-végétarien.

La durée du travail est en relation avec la parité, le poids du fœtus et la variété de présentation.

1^o CHEZ LES PRIMIPARES.

On se trouve souvent en présence d'une forme clinique à laquelle Brindeau et Lantuéjoul ont donné le nom d' « Accouchement traînant en longueur par anomalie des contractions utérines ».

La rupture prématurée de la poche des eaux au

début du travail ou avant tout travail, à terme ou près du terme, les contractions peu régulières, intenses pendant quelques heures, puis espacées et reprenant pour s'arrêter à nouveau, la dilatation pénible s'arrêtant fréquemment aux environs de 5 francs, le col épais, quelquefois œdématié, la présentation élevée, la modification des bruits du cœur, du fœtus, le liquide amniotique teinté de méconium, la fatigue de la parturiente, souvent présentant un état subfébrile caractérisent cette forme clinique de l'accouchement par le siège, forme dont nous trouvons un exemple typique dans l'observation précédente.

Siège décomplété.

Nous trouvons une durée moyenne du travail de 16 h. 30 pour les accouchements à terme, mais il est intéressant d'examiner les relations existant entre le poids du fœtus et la durée moyenne du travail.

Si nous considérons les fœtus pesant de 1.000 à 2.000 gr., nous constatons que la durée moyenne du travail est de 9 heures, la durée moyenne de l'expulsion de 1 h. 10.

Pour les fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr., la durée moyenne du travail est de 12 heures. La durée moyenne de l'expulsion de 45 minutes.

Pour les fœtus pesant de 3.000 à 4.000 gr., le temps moyen du travail est de 13 h. 10. La durée de l'expulsion de 50 minutes.

Siège complet.

Nous trouvons les chiffres suivants ;

Fœtus pesant de 1.000 à 2.000 gr. :	.
Temps moyen du travail.....	10 h. 05
Temps de l'expulsion.....	55 min.
Fœtus pesant entre 2.000 et 3.000 gr. :	
Durée moyenne du travail.....	14 h. 50
Durée de l'expulsion.....	45 min.
Fœtus de 3.000 à 4.000 gr. :	
Durée moyenne du travail.....	13 h. 45
Durée moyenne de l'expulsion.....	1 h. 06
Aucun fœtus n'a dépassé 4.000 gr.	

Le travail est donc notablement plus long, ce qui est aisément compréhensible, puisque la partie qui se présente sollicite mal le col à se dilater.

2^o CHEZ LES MULTIPARES.

Siège complet.

Fœtus pesant de 1.000 à 2.000 gr. :	
Durée moyenne du travail.....	7 h.
Durée de l'expulsion.....	1 h. 20
Fœtus de 2.000 à 3.000 gr. :	
Durée moyenne du travail.....	10 h. 30
Durée de l'expulsion.....	0 h. 45
Fœtus au-dessus de 3.000 gr. :	
Durée du travail.....	9 h. 18
Durée de l'expulsion.....	43 min.

Siège décomplété :

Les chiffres que nous avons trouvés sont sensiblement les mêmes que pour le siège complet, bien qu'en général la durée du travail en cas de siège décomplété soit un peu moins longue qu'en cas de siège complet, la partie qui se présente sollicitant mal le col à se dilater comme nous l'avons déjà vu.

Si l'on tient compte de la parité on obtient le tableau suivant :

Parité	Poids du fœtus	Durée moyenne du travail	Durée moyenne de l'expulsion
II	1.000 à 2.000 grammes	7 h. 25	1 heure
	2.000 à 3.000 —	10 h. 30	45 min.
	3.000 à 4.000 —	10 h. 42	45 min.
III	Pas d'enfants entre 1.000 et 3.000 grammes		
	3.000 à 4.000 grammes	9 h. 20	1 h. 20
IV	3.000 à 4.000 grammes	7 h.	20 min.
VIII	2 cas :		
	1 enfant de 3.300 grammes	8 h. 30	30 min.
	1 » de 4.500 —	4 h. 20	?

Interventions.

Si dans bien des cas l'accouchement par le siège se fait par les seuls moyens naturels, il n'en est pas moins vrai, que souvent l'intervention de l'accoucheur est nécessaire et l'on doit toujours être prêt à intervenir au cas où surviendrait une complication.

L'extraction peut paraître nécessaire alors que le col est incomplètement dilaté ; il peut y avoir disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin maternel ce qui impose la césarienne, mais beaucoup plus fréquents sont les cas de bassin limite. Parfois on se trouve en présence d'un excès de volume du fœtus soit total, soit partiel provenant d'une monstruosité ou d'une maladie de ce dernier ; d'une tumeur *prævia*, d'un accouchement traînant en longueur par suite de la rareté et du peu de vigueur des contractions utérines, d'une procidence du cordon, d'un placenta *prævia*.

L'accouchement peut être rendu difficile par le fait que le siège étant en position vicieuse ne se présente pas au détroit supérieur. Le dégagement, la rotation peuvent se faire incomplètement. Il peut y avoir aussi des anomalies dans le dégagement des épaules. Le

redressement des bras est surtout à craindre. Enfin l'accouchement de la tête dernière est le temps le plus fertile en accidents : la flexion peut être incomplète ou nulle, la rotation peut s'effectuer en sens inverse ce qui gêne considérablement le dégagement surtout si la tête est défléchie, dans ce cas, en dehors de circonstances particulièrement favorables : puissance des contractions utérines, bassin large, parties molles souples, tête peu volumineuse, l'accouchement devient impassible.

Nous relevons : 14 grandes extractions du siège motivées par les raisons suivantes :

Modification des bruits du cœur : 5 grandes extractions du siège dont 2 accompagnées d'un forceps sur tête dernière, 1 avec dilatation bimanuelle préalable et suivie de délivrance artificielle et revision utérine.

Procidence du cordon : 3.

Cardiopathie : 1.

4 abaissements prophylactiques du pied dont 2 suivis d'une grande extraction du siège.

8 délivrances artificielles.

3 pour non décollement placentaire.

1 pour incarceration dans la corne droite du placenta bilobé.

3 pour hémorragie.

1 manœuvre de Mauriceau pour bassin légèrement rétréci.

1 manœuvre de Ribemont sur tête dernière.

3 forceps sur tête dernière.

1 incision du col.

1 forceps Tarnier avec lacs sur S I D P.

Pronostic.

I. — Pour la mère le pronostic de l'accouchement par le siège ne présente aucune gravité. Toutefois, si la mortalité est nulle, la morbidité est plus élevée que dans la présentation du sommet surtout par suite de la fréquence des déchirures du périnée qui se produisent souvent lors de la sortie de la tête. Les interventions auxquelles donnent lieu les présentations du siège sont également pour la mère, une source de dangers surtout si elles sont pratiquées d'une façon intempestive.

Nous avons noté :

16 suites de couches fébriles.

1 phlébite.

8 déchirures légères du périnée.

Parmi les 16 femmes ayant eu des suites de couches fébriles :

1 a accouché dans ses vêtements.

1 a été délivrée artificiellement.

8 ont eu des déchirures du périnée pendant l'expulsion.

II. — Pour l'enfant :

Le pronostic est beaucoup plus sombre car si la

mortalité maternelle est nulle, la mortalité fœtale est notable.

Les causes de cette mortalité sont nombreuses.

La plus fréquente est l'établissement prématuré des mouvements respiratoires qui se produit presque inévitablement à partir de l'instant où le fœtus est partiellement dégagé ou lorsqu'on touche par mégarde le thorax du fœtus dans une manœuvre ayant pour but d'aider au dégagement. En plus de l'asphyxie, ces mouvements respiratoires prématurés font courir à l'enfant des risques de mort par broncho-pneumonie due à l'aspiration des liquides contenus dans le vagin et l'utérus au cas où ces liquides seraient infectés.

D'autre part, au cours du dégagement du siège, la compression du cordon est de règle. Elle est relativement négligeable tant que le cordon n'est comprimé qu'entre des parties molles : les parois du bassin et le tronc du fœtus, mais il en est bien autrement lors de l'engagement de la tête : la compression du cordon est alors à peu près totale : si le dégagement de la tête n'est pas mené rapidement, la vie du fœtus est fortement compromise et il peut succomber comme dans tous les cas de procidence du cordon. D'autre part, la compression de la tête, qui peut causer une sorte de commotion cérébrale et surtout bulbaire avec asphyxie blanche ou produire des hémorragies méningées, peut aussi déterminer la mort du fœtus.

La durée de l'accouchement a aussi une influence sur le pronostic : si l'accouchement traîne en lon-

gueur surtout au moment du dégagement de la tête, le fœtus a bien des chances de succomber, c'est pourquoi le pronostic des accouchements par le siège chez les primipares est particulièrement défavorable, la primiparité retardant le dégagement des épaules et de la tête.

Mais s'il faut envisager le pronostic immédiat il faut aussi tenir compte du pronostic éloigné : un certain nombre de fœtus succombent quelques jours après l'accouchement d'hémorragies viscérales, de complications infectieuses.

Quand le fœtus ne meurt pas, les manœuvres quelquefois longues nécessitées par l'extraction peuvent avoir entraîné des lésions plus ou moins graves : paralysies, luxations, décollements épiphysaires.

Statistique.

Dans les relevés de Mme Lachapelle, sur 790 enfants nés par le siège on note 101 morts, soit 1 sur 7,9.

Brindeau, ayant réuni et étudié diverses statistiques, trouve une mortalité moyenne de 15 %.

Studdiford, dans une statistique faite au « Sloane Hospital », trouve que la mortalité directement imputable à la présentation du siège évolue entre 6,2 % et 16,4 % ; « dans la plupart des séries, elle évolue autour de 10 % » dit-il.

Turotte (thèse de Paris 1938), dans une statistique faite à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, trouve 13 cas de mort fœtale sur 127 sièges.

Mlle Yvonne Poulain (thèse de Paris 1926), dans sa statistique faite à la clinique Tarnier, trouve une mortalité de 12,5 % chez les primipares et de 6,9 % chez les multipares soit une moyenne de 11 %.

Goldstein (thèse de Paris 1936), dans une statistique faite à la Maternité de la Pitié, note sur 693 accouchements par l'extrémité pelvienne 72 cas de mort fœtale, soit un pourcentage de 10,38 %. Chez les primipares, il trouve 34 morts sur 331 accouchements, soit 10,27 % ; chez les multipares, il trouve 38 morts

sur 362 accouchements, soit 10,4 %. Si l'on élimine les cas de mort chez les syphilitiques, les avortements, il n'y a plus que 53 cas de mort sur un total de 294 accouchements par le siège, soit 8,2 %.

Vacher (thèse de Paris) relève 42 cas de mort sur un total de 294 accouchements par le siège, soit 14,2 %.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ FŒTALE DANS LES ACCOUCHEMENTS PAR LE SIÈGE A LA MAISON MATERNELLE NATIONALE.

Sur 314 accouchements par le siège nous relevons 26 cas de mortinatalité dont 16 chez des primipares.

Sur ces 26 mort-nés on relève :

1 fœtus présentant une malformation au niveau de l'ombilic.

1 fœtus présentant une spina bifida.

1 monstre hydrocephale achondroplase.

3 fœtus macérés dont 1 de 5 mois 1/2, un autre de 6 mois.

1 prématuré débile d'à peine 6 mois pesant 1.100 gr. chez une femme présentant une cardiopathie mal compensée (on a fait une grande extraction du siège).

4 procidences du cordon.

Nous avons donc une mortinatalité globale de 8,27 %. Si nous éliminons les fœtus présentant une malformation quelconque incompatible avec la vie, les fœtus macérés, 1 fœtus d'à peine 6 mois pesant 1.100 grammes, pour ne considérer que les cas de mortinatalité fœtale due vraisemblablement à la présentation du siège, nous avons sur 314 accouchements par le siège 16 cas de mort, soit un pourcentage de 5,09 %.

Dix fœtus sont morts dans les vingt-quatre heures.

1 présentait une malformation : existence d'un seul poumon et est mort 3 heures après l'accouchement.

1 est mort d'une hernie inguinale étranglée.

2 étaient des prématurés de 6 mois 1/2 pesant respectivement 1.100 et 1.000 gr.

1 est mort d'hémorragie méningée secondaire à une grande extraction du siège.

2 sont nés en état de mort apparente, ont pu être ranimés mais sont morts quelques heures après. L'autopsie a montré chez l'un d'eux une hémorragie méningée.

Donc 3 seulement sont morts de causes qui peuvent être attribuées au fait qu'ils sont nés par le siège.

Trois fœtus sont morts dans les 10 jours suivants : l'un était un prématuré débile de 7 mois, pesant 1.870 grammes, il est mort le 5^e jour.

L'autre est mort le 4^e jour, c'était également un prématuré de 7 mois, débile, pesant 1.800 grammes.

Le troisième, né en état de mort apparente, a vécu 4 jours.

En éliminant les 2 prématurés, dont la mort ne peut être attribuée à la présentation, il nous reste 1 cas de mort rattachable à l'accouchement par le siège.

Donc nous trouvons :

26 fœtus mort-nés.

13 enfants morts dans les 10 jours dont 10 dans les 24 heures.

Soit dans les 10 premiers jours 39 morts, c'est-à-dire 12 %.

Si nous éliminons les cas où le fœtus présentait une monstruosité, une malformation incompatible avec la vie, les avortements, nous ne trouvons plus que 22 cas de mort due à la présentation du siège pour un total de 314 accouchements soit, 7 %.

Le pourcentage est un peu inférieur aux pourcentages que donnent les statistiques reproduites précédemment. Cela tient au fait que ces dernières ont toutes été établies dans de grands services parisiens où étant donné le mode de recrutement des parturientes, souvent envoyées là par le médecin désireux de remettre entre les mains d'accoucheurs particulièrement compétents, une cliente présentant un cas délicat, on se trouve là, plus fréquemment que partout ailleurs, en présence de cas dystociques.

Conclusions.

1° En accord avec les données classiques nous constatons que dans l'étiologie de la présentation du siège, la gémellité joue un rôle important, sur 314 accouchements par le siège nous avons, en effet, observé 32 cas, soit 1 sur 9, 8 ;

2° Il est difficile d'évaluer exactement la durée du travail, celui-ci étant souvent commencé lorsque la parturiente entre dans le Service. Par contre, le temps d'expulsion peut être déterminé. Dans les cas suivis, la durée moyenne de l'expulsion pour des fœtus de poids normal a été de 45 minutes environ. ;

3° Sur 314 accouchements, nous relevons 31 interventions :

14 grandes extractions du siège.

4 abaissements prophylactiques du pied.

1 incision du col.

4 forceps dont 3 sur tête dernière et 1 avec lacs en

S I D P.

8 D . A.

4° La mortalité maternelle a été nulle ; la morbidité de 25 sur 314, soit 8 % ;

5° La mortinatalité fœtale, par contre, n'est pas négligeable. Globalement, elle s'élève à 8 %. Si l'on déduit les fœtus non viables, elle se réduit à 5 %.

Le pourcentage des enfants morts dans les dix premiers jours est de 12 %. Mais il se trouve ramené à 7 % en éliminant les malformations incompatibles avec la vie.

Dans l'ensemble, ces chiffres sont sensiblement inférieurs aux chiffres classiques du fait, sans doute, des conditions particulières dans lesquelles nous avons opéré comme nous l'avons expliqué précédemment.

Vu : le Président de la thèse,
M. COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BOSKOWSKI. — Mortinatalité et mortalité infantile obstétricale.

BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.

DUBRISAY et JEANIN. — Précis d'accouchement.

GOLDSTEIN. — Présentation du siège. Statistique de la Maternité de la Pitié des six dernières années. Thèse de Paris, 1936.

JEANNIN. — La dystocie dans le siège décomplété mode des fesses.

LE LORIER. — La présentation du siège in *La Pratique de l'art des accouchements de Brindeau*.

METZGER. — L'accoucheur moderne.

PINARD. — Traité du palper abdominal.

POULAIN (Yvonne). — Etude statistique de la présentation du siège pendant ces trois dernières années à la clinique Tarnier. Thèse de Paris, 1926.

VIGNES. — La présentation du siège. *Progrès médical*, Paris, 1919.

— Physiologie obstétricale normale et pathologique.

